

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45.

Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

## IWONICZ

Szczawy słono - alkaliczne jodowo - bromowe.

Zakład położony w Galicyi w pow. Krośniewskim, w okolicy górzystej 410 m. n. p. m. dokoła lasem świerkowym otoczony. (Stacyja klimatyczna).

Wody Iwoniczkie zalecane bywają przeważnie w cierpieniach skrofulicznych, syfilitycznych i skórnych, w chorobach kobiecych, zapaleniach stawów i cierpieniach kości.

Kąpiele jodowo-bromowe, borowinowe, igliwiowe, zimne z natryskami, żętyca, skład wód mineralnych, apteka w miejscu. Łazienki z komfortem urządzone

Zakład posiada 600 pokojów, hotel, 5 restauracyj, czytelnię, strzelnicę, zakład gimnastyczny, doborową orkiestrę, salę balową, dwa fortepiany, bilard, zakład fotograficzny, Urząd pocztowy i telegraficzny w miejscu.

W 1 i 3-m sezonie od 20 Maja do 20 Czerwca i po 20 Sierpnia, ceny mieszkań o  $\frac{1}{3}$  część niższe. Wysyłkę wód Iwoniczkiej soli i ługu, na r. 1884, objął dom handlowy Wentzla w Krakowie, do którego z każdym zamówieniem zgłaszać się należy. Wszelkie inne zamówienia załatwia i broszury rozsyła bezpłatnie Zarząd Zdrojowy.

Otwarcie kolei transwersalnej ze stacyją w Iwoniczu, nastąpi 1 Lipca b. r. komunikacja do 1 Lipca: z Krakowa koleją do Tarnowa, dalej powozem; albo do Rzeszowa dalej pocztą. Ze Lwowa koleją przez Przemyśl do Zagórza, dalej powozem lub pocztą do Iwonicza.

Od 1 Lipca z Krakowa koleją przez Tarnów do Iwonicza, ze Lwowa zaś przez

Zagórz do Iwonicza.

**Otwarcie Zakładu 20 Maja.**



KAPSUŁKI i PIGUŁKI  
Z BROMKU KAMFORY  
**DOKTORA CLIN**

*Laureata facultetu medycznego w Paryżu — Nagroda Montyon.*

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpitaacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ JAKO GWARANCJE, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONA), OPATRZONA W PODPIS

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie **PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.**

**PIGUŁKI ŻELAZNE D<sup>ra</sup> RABUTEAU**

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryskiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci* i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych *brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcji. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS**

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandałowego w połączeniu z essencjami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawią się przez osoby najwrażliwsze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

*(Gazeta Szpitali Paryskich).*

Zażywać 9 do 12 kapsułek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. K. Chodouński. Przyczynek do leczenia gruźlicy płucnej.—II. D. Wassserzug. Przypadek krwistoku zamaciecznego, powikłanego obecnością skrzepu w jajowodzie lewym, rozpoznany za życia jako ciąża zewnątrzmaciczna. — Odpowiedź na krytykę mojego dzieła. Tal-ko. — *Dział sprawozdawczy*, 58. Leyden. O stwardnieniu (*sclerosis*) tętnie wieńcowych i o wywołanych przez to stanach chorobowych. — Zjazd IV lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakeyi. — Dodatek. — Ogłoszenia.

## I. PRZYZYNEK DO LECZENIA GRUŹLICY PŁUCNEJ

przez

Docenta, D-ra **K. Chodouńskiego** z Pragi czeskiej.

(Rzecz czytana po polsku na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).

Już prawie wszyscy badacze zgodzili się na jedno i przyjęli, że przyczyną gruźlicy płucnej są pasorzyty. Unitaryzm Grancher'a, który w ostatnich czasach chwiał się jeszcze, po nad wszelką wątpliwość został stwierdzony: złożył już broń i Leyden, który przyjmował oddzielną gruźlicę płuc dyjabetyczną; złożyli broń i zwolennicy niepasorzytowego pochodzenia miejscowej gruźlicy, gdyż i w tych przypadkach przez wiarogodnych badaczy laseczniki Koch'a zostały wykazane.

Leczenie jednak z całego tego nowego kierunku nie odniosło dotąd żadnej korzyści. Na zjeździe Wiesbadeńskim, w roku zeszłym, Rühle był zmuszony uroczystie wypowiedzieć, że leczenie przeciwpasorzytne nie dało dotąd żadnych wyników. Napróżno więc rozmaici badacze trudzili się nad wynalezieniem środków, któreby miały uleczyć gruźlicę; dotąd ważnym jest zdanie Pidoux'a (*Etud. gén. et prat. sur la phth. Paris, 1873*), który powiada: „*il n'y a que des remèdes et des médications plus ou moins particulièrement applicable à telle ou telle nature d'individus phthisiques, à telle forme, à telle période, à telle complication de la phthisie*“.

Sztuka lekarska, widząc nieodstępność i odporność laseczników, porzuciła niewdzięczną drogę, a tem gorliwiej śledzi przyczynowe momenty i znaczenie niektórych objawów, przez co zbliża się, lubo krętą drogą, bezpieczniej do celu.

Napewno możemy twierdzić, że laseczniki w najrzadszych tylko przypadkach są bezpośrednią przyczyną choroby, i że po większej części głównymi przyczynami wytworzenia dogodnego gruntu dla choroby są czynniki następujące: dziedziczna skłonność, przejawiająca się w budowie klatki piersiowej i w innych niezbadanych zmianach, wążłość ustroju, pochodząca z jakiegokolwiek powodu, stałe drażnienie miąższu płuc przez pył przeważnie nieorganiczny i w ogóle częste zastoje i nieżyty w szczytach płuc.



Zaiste, doświadczenie codzienne wykazuje, jak mało znajduje się przypadków bezpośredniego zakażenia, a przecie niepodobna wątpić, że większa część osób, zajmujących się po szpitalach obsługą chorych, wdechają laseczniki. Z tego więc musimy wnosić, iż, aby lasecznik się rozkrzewił, musi znaleźć odpowiedni grunt.

Leczenie bywa dwojakiego rodzaju: popierwsze, staramy się o to, aby ograniczyć do możliwie najmniejszych rozmiarów możność krzewienia się laseczników, i powtóre, stosujemy odpowiednie środki lecznicze przeciwko już rozwiniętej chorobie. W pierwszym przypadku natrafiamy po większej części na niezwalczone trudności. Przy rozwiniętej zaś gruźlicy w dwojakim kierunku zadanie lecznicze wypełnionem być winno, a mianowicie: ze względu na ogólny stan i ze względu na miejscowe siedlisko choroby. Na pierwszy ten wzgląd uważa każdy lekarz, drugi zaś musiał sobie dopiero drogę utorować; gdyż na miejscowe warunki płuc mało zwracano uwagi i nie starano się o czynniejsze zaczeplenie miejscowej sprawy chorobowej.

W tem leżał niepomysłny wynik całego leczenia. Doniosłość owego momentu dobrze wyświeśla Polock (*Harveian Lect. on the Progn. a Treatm of chronic Diseases of Chest. Br. med. Journ. 29 Jan. 1881*). „Bez względu na przyczynę przewlekłej choroby płuc, największa i najważniejsza część objawów wykazuje, zaprawdę, że mamy do czynienia z podrażnieniem płuc. Dopóki sprawa chorobowa jest czynną; dopóki powoduje i podtrzymuje wrzodzenie tkanki płucnej: dopóty chorzy chudną, opadają ze sił, gorączkują, pocą się i t. d.“

Leczenie stanu ogólnego i leczenie cierpienia miejscowego są zarówno ważne, dla tego też we wszystkich przypadkach musimy użyć środków, za pomocą których możemy usunąć podrażnienie płuc, znieść zastoje w szczytach, a także należy stosować środki, które mogą wpłynąć ograniczająco na sprawę rozpadową. Zaznaczyć tu muszę, że nie mam tu na myśli środków przeciw kaszlowi i potom.

Należy też zwrócić uwagę na różne momenty, o których wiemy, że się wielce przyczynić mogą do powstania gruźlicy płucnej.

Momenty te są: 1. Zła budowa klatki piersiowej, mianowicie części górnej (skutkiem przedwczesnego skostnienia chrząstki pierwszego żebra).

2. Słabe mięśnie piersiowe, które mają znaczny wpływ na rozmiary klatki piersiowej (Położenie barku — Aufrecht).

3. Zmniejszona siła wdechania (Hutchison, Waldenburg, Jaccoud i inni), którą, zgodnie z Jaccoud'em, uważam za objaw zwiastujący, ale nigdy za pewną oznakę suchot płucnych.

4. Słaba czynność serca, przejawiająca się nieco przyspieszeniem, a niedosć pełnem tętnem. (Louis i Rokytansky uważali ludzi z małym sercem i dużą objętością płuc za skłonnych do gruźlicy).

Że dziedziczność, wrodzona wątłość, zolży, zdrowienie osobiwie po zapaleniu opłucnej, po durzycy i po innych chorobach wymaga starannego leczenia zapobiegawczego, to uważam za rzecz powszechnie znaną. Całe leczenie gruźlicy ma następujące zadanie :

1. Poprawić ogólny stan chorego.
2. Poprawić czynność płuc, zwłaszcza u szczytów.



3. Wzmocnić mięśnie klatki piersiowej i trwale rozszerzyć część górną tej ostatniej.

4. Przyspieszyć obieg krwi, szczególnie u szczytów i wzmocnić mięśnie serca.

5. Usunąć każde podrażnienie płuc.

Nie mam zamiaru przed tak świetnym zgromadzeniem wdawać się w szczegółowy opis leczenia gruźlicy: pomijam przeto całą część leczenia zapobiegawczego; a nawet momentów, o których chcę wspomnieć, dotknę tylko pobieżnie.

Z pięciu powyżej wytkniętych momentów, pierwszy tylko należy do leczenia za pomocą środków farmaceutycznych; wszystkie pięć zaś odnoszą się do leczenia klimatycznego. Nie ma leku, za pomocą którego możnaby było czynność płuc polepszyć i działanie mięśnia wzmocnić, a podrażnienie płuc usunąć. Pobudzenie za pośrednictwem leków szybszego obiegu krwi mogłoby mieć tylko dla chorego złe następstwa.

O lekach pomówię tylko w kilku słowach.

Na pierwszym miejscu kładę arsen. Od lat trzech każdemu choremu, u którego rozpoznaję gruźlicę, podaję ten środek, wyjąwszy tylko chorych, nieprzedstawiających żadnej nadziei wyleczenia i trawionych wysoką gorączką. Wiadomo, że różne są teoryje o sposobie działania arsenu, lecz dla nas jest rzeczą obojętną, czy arsen działa przedewszystkiem na nerwy, czy też zostaje wchłoniętym przez zawartość komórek. Wystarcza nam tylko doświadczenie, że działalność jego jest przedewszystkiem toniczną, która nad podziw szybko u chorego się przejawia. Pod tym względem rozprawa Jaccoud'a (*Curabilité et traitem. de la phthisie pulm. Paris. 1881*) była dla mnie punktem oparcia. Nauczony jednak własnym doświadczeniem zmieniłem sposób podawania arsenu.

Jaccoud, Isnard, Buchner podają arsen w dawkach wzrastających; w cięższych przypadkach trzeciego już dnia dochodzą do 10 miligr., następnie szybko zmniejszają dawki, a oprócz tego robią przestanki przy podawaniu tego środka leczniczego.

Takie postępowanie nie dawało mi tak dobrych wyników, jak stosowanie średnich dawek (do 5 miligr. na dobę), które podaję bez przerwy pewnej liczbie chorych już trzy lata.

Podawanie arsenu w ten sposób, jaki zalecają wzmiankowani autorowie, wcale mi się nie wydaje stosownem; odpowiedniejszym jest ono zapewne przy chorobach układu nerwowego.

Mogę stanowczo twierdzić, że w żadnym przypadku nie dostrzegałem najmniejszych oznak, któreby mogły być dowodem szkodliwego działania arsenu. Wszyscy chorzy znosili go dobrze: niemal u wszystkich łaknienie się wzmagało, a czasem i waga się zwiększała. Dodam nadto, że za najlepszy sposób podawania kwasu arsenawego uważam pigułki jednomiligramowe. W niektórych przypadkach po dłuższym czasie zaprzestałem podawać arsen, nigdy jednak nie zauważyłem przy moim sposobie postępowania żadnego odczynu w ustroju.

Drugim lekiem, którego używać nie przestaję, jest tran rybi; stosuję go według sposobu, podanego przez Jaccoud'a:

Napoje wyskokowe, a mianowicie cognac również ciągle zalecam. Chorzy dostają rano i po południu cognac wraz z mlekiem. Żelazo w za-



dnym przypadku nie dało mi dobrych wyników: nie widziałem żadnych skutków nawet po 2 lub 3 miesiącach używania; dlatego też nadal zaniechałem doświadczeń z tym środkiem leczniczym. Nie robiłem również prób z przetworami antimonowemi i kreozotem i nie mogę sobie dokładnie wytłómaczyć, w jaki sposób miałyby działać.

Przy gorączce uciekam się stanowczo do chininy, lub do salicylanu sodu. Nie mam potrzeby nadmienić, że gorączka u suchotników opiera się wszystkim podawanym lekami przeciwgorączkowym. Jaki taki skutek owe leki mają tylko chyba w tych przypadkach, w których gorączka zjawia się od czasu do czasu, zwiastując postęp sprawy chorobowej. Gorączka, zależna od wysiania produktów chorobowych, czyli tak zwana gorączka rezorbcyjna, ustępuje wraz z polepszeniem stanu ogólnego; przy gorączce zaś wyniszczającej, doprawdy, szkoda każdego leku.

Leków odurzających (*narcotica*) unikam do ostateczności. Jedynie przy uciążliwym kaszlu uciekam się do umiarkowanych dawek morfiny; jestem bowiem przeświadczonym, że najwięcej szkodzi narkotyki, gdyż zmniejsza chęć do jedzenia i osłabia czynność przewodu pokarmowego i nerwów. Stosowałem również sztuczne karmienie, według sposobu Debove'a i Dujardin-Beaumetz'a, w przypadkach, w których wymiotowanie niczem nie dało się wstrzymać. W tych razach otrzymywałem pomyślne wyniki i mogę potwierdzić, że chorzy sztucznie podane jadło trawili i nie wymiotowali.

O leczeniu powikłań i o szczególnych objawach nie będę mówił, przechodzę zaś do drugiej części, mianowicie do leczenia klimatycznego. Pierwszym i najważniejszym warunkiem klimatycznego leczenia jest zupełna czystość powietrza, które przedewszystkiem powinno być wolne od wszelkiego pyłu.

Muszę tu dotknąć się przedmiotu, który dotąd jeszcze dosyć jasno nie był przedstawionym. Sądzono dawniej, że tylko umiarkowane ciepło, lub zupełnie ciepły klimat są jedynie skutecznymi przeciw gruźlicy, i przez to chorzy bez żadnej różnicy byli wysyłani gdziekolwiek bądź na południe. Zasłynęły więc jako miejscowości klimatyczne *par excellence* niektóre miasta jako to: Wenecya, Piza, Rzym, Neapol, Palermo, Genewa, Nicea, Kadyks, Sewilla, Kair i inne. Otóż miasta wspomniane przedstawiają taką śmiertelność, zależną od suchot płucnych, że ta powinna być wskazówką, aby chorzy, którym grozi gruźlica, lub którzy cierpią na wzmiankowaną chorobę, niezbyt daleko jeszcze posuniętą, starannie owych miejsc unikali.

Nie mogę na tem miejscu podać obszernych cyfr statystycznych, przedstawiających stosunek śmiertelności miast; wskażę tylko na pracę Fonssagrives'a, Lombarda i innych. Ponieważ gruźlica po miastach jednostajnie zabiera zarówno bogatych jak i biednych, przeto wynika, że pewna przyczyna oddziaływała tu z jednaką siłą na całą ludność, czyli w ogóle, że przyczyna leży w warunkach klimatycznych, właściwych danemu miastu.

Bardzo ważnym warunkiem przyczynowym jest pewna stała zawartość pyłu w powietrzu, mianowicie pyłu nieorganicznego, który jest przyczyną ciągłego drażnienia płuc; że wskażę tu tylko na badanie Tissandier'a, który znalazł, iż jeden metr sześcienny powietrza w Paryżu zawiera aż 23 miligr. pyłu. Pewna pozostać suchot, czyli tak zwana pylica płucna (*pneumocoinosis*), jak wiadomo, powstaje



wyłącznie pod wpływem pyłu; dla tego też pracujący ciągle w miejscach, przepelnionych pyłem, przeważnie umierają na suchoty płucne. Zresztą są to rzeczy znane. James Henry Bennet (*Rech. sur le traitem. de la phth. pulm. Paris. 1874*), Mac Cormac (*l. c.*) i inni w tym momencie widzą przyczynę gruźlicy, zdarzającej się po miastach. Są jeszcze inne warunki klimatyczne, których nie można pominąć. Ozonu w miastach nie ma prawie wcale, prócz tego napięcie elektryczności powietrza jest tu bardzo słabe, a przez to chorzy pozbawieni są czynnika, pobudzającego oddech i obieg krwi. Ruch powietrza i wymiana tegoż są nieznaczne, co znowu działa niepomyślnie na człowieka zdrowego i chorego. Ruch powietrza pobudza przeziw skóry i drażni układ nerwowy skórny, a ciepłota powietrza w miastach różni się od ciepłoty najbliższej okolicy, od której bywa wyższą o 1° C.. Trzeba prócz tego zwrócić uwagę na stan ogólny zdrowotny miast: od czasu do czasu pojawiają się w nich choroby zaraźliwe, a niektóre, zwłaszcza na południu, są stałą tychże siedzibą.

Wiele chorób zależy jedynie od przesiąknięcia gruntu miejskiego istotami rozkładowemi i od picia niezdrowej wody; warunków tych zmienić prawie niepodobna. Z pokarmów niezbędnych, mleko zawsze na jakości traci, nie mówiąc już o innych niedostatkach w tym względzie. Kończę przeto wnioskiem następującym: ze względu na gruźlicę, wszystkie poczęści większe miasta winny być z rzędu miejscowości klimatycznych wykreślone.

Tylko niektóre okolice zamiejskie (np. pod Niceą) można zaliczyć do miejscowości klimatycznych.

Na każde miejsce klimatyczne, przeznaczone dla chorych gruźliczych, trzeba zwrócić baczną uwagę: wszystko tam, do najmniejszych nawet drobnostek, powinno być odpowiednio do tego celu urządzone; w innym razie nie ma nic lepszego nad zwyczajne zamieszkanie w zaciszy wiejskiej, dobrze wybranej.

Nadużyłbym waszej cierpliwości, Sz. Panowie, gdybym miał zamiar rozwinąć przed wami szeroko zasady klimatycznego leczenia gruźlicy; pozwólcie jednak, że poruszę kilka punktów spornych.

Przedewszystkiem mam na myśli klimat górski. Wymagania, jakie sztuka lekarska stawia pod względem klimatu górskiego, nie pozwalają nam uważać naszej strefy za odpowiednią, gdyż zaledwie przekracza 400 metrów. Granica, od jakiej poczyna się klimat górski leczniczy, wynosi najmniej 1000 metrów nad poziomem morza. Klimat musi być suchym przez rok cały; powietrze jednak winno być dostatecznie rozrzedzone, aby w należyty sposób mogło oddziaływać na czynność płuc i serca.

Zima w nizinach odznacza się zmiennym stopniem wilgoci, ta ostatnia staje się bardziej jednostajną w miejscowościach wyżej położonych i znajduje się podług badania Mühr'y'go i innych na wysokości 1000 metrów; a więc dopiero po nad tą granicą, zwłaszcza w czasie zimy, istnieją sprzyjające warunki wilgoci i ciepła, przy pomocy których dana miejscowość może współzawodniczyć z Dawosem i Riwierą.

Dopiero po za tą wysokością spada ciśnienie barometryczne do 630 i 610; możemy więc być wolni od obawy Jourdanet'a (Paul Bert) co do powstania niedotlenności krwi (*anoxyaemia*), wskutek zmniejszonego ciśnienia. Obawa ta zresztą okazała się zupełnie płonną (Desirée Charnay, Parkes).



Leczenie klimatyczne w górach powinno trwać bez przerwy dość długo; przynajmniej lat dwa.

Z tego więc zapatrywania wychodząc, nie uważam za klimatyczne miejscowości górskie, ani Görbersdorf'u, ani Falkenstein'u, ani Aussee i t. p..

Chcę pokrótce zestawić ściśle wskazówki stosowania klimatu górskiego, na podstawie przypadków, znanych mi z literatury.

1. Bagshawe (The treatm. of Consumpt. Br. m. Journ. July. 1883).
2. Bennet H (Introd. to a Discuss. on the Influence of mount. Air in the treatm. of Pulm. Cong. Br. med. Journ. July. 1880).
3. Denison Ch. (Rocky Mount. Health. Ressorts. Boston. 1881).
4. Marcus W. (On the Infl. of Altit. with Refer. to the treatm. of pulm. Deseases. Br. med. Journ. 2 Oct. 1880).
5. Polock James E. (Harveian. Lect. on the Progn. and Treatm. of chron. Des. of the Chest. Br. m. Journ. Jan. 1881).
6. Reed J. (Altit. in Refer. to Pneumorrhagie. 1878).
7. Spengler (Landschaft. Davos. 1882).
8. Volland (Davos Dorfli Rhat. Kurorte. 1883).
9. Williams Th. (The Treatm. of Phth. by Res. at. high. Altit. Trans. of the intern. med. Congr. London. Vol. II. p. 164).
10. Williams Th. (The Winter Climate of Davos Platz, 1880).

Z uwag i porównań tych autorów można wnioskować, że klimat górski jest przeciwwskazanym w następujących przypadkach:

1. *Erethismus*. 2. Niedokrwistość w wysokim stopniu. 3. Wiek sędziwy. 4. Tętno stale przyspieszone. 5. Słaba siła wdechowa (różnica objętości klatki piersiowej przy wdechu i wydechu niżej 2 cali). 6. Każda gorączka. 7. Ostra gruźlica płuc w każdej porze rozwoju. 8. Przewlekła gruźlica, połączona z częstymi nasileniami (*poussées*). 9. Nieżyt wraz z gruźlicą krtani. 10. Rozpad mięszu płuc (wyjątek stanowi bardzo dobry stan ogólny). 11. Wszystkie przypadki krwotoków płucnych i to przez pewien czas po krwotoku. Bez wyjątku wszystkie przypadki szybko postępującej gruźlicy wraz z krwawieniem z jam. 12. Powikłania chorobami serca i naczyń. 13. Choroby nerek. 14. Powikłania nerwobolami (*neuralgia*) i nerwicami (*neurosaes*), które przedstawiają napady typowe.

Do leczenia klimatem górskim wskazane są następujące przypadki krwotoków płucnych z zastrzeżeniem wyżej wzmiankowanem (jeżeli ubiegło przynajmniej 8 tygodni od ostatniego krwotoku):

1. Początkujące krwiopłucie.
2. Słabe krwiopłucie w drugim okresie choroby.
3. Krwiopłucie, zależne od napływu, skoro gorączka zupełnie minęła.
4. Przypadki krwiopłucia z jam, jeżeli rozkład mięszu ustał, a gorączka minęła.

Nie uważam za rzecz zbytęcną oddzielnie nadmienić, że krwiopłucie w górach jest rzadkim objawem, i że chorzy, dręczeni w nizinach powtarzającem się krwiopłuciem i krwotokami, w klimacie górskim zupełnie takowych się pozbywają. Tylko w przypadkach, w których istnieje znaczny rozpad płuc, a które, wbrew przeciwwskazaniu, w góry są wysyłane, mogą powstać znaczne krwotoki. Wszystko to da się objaśnić wpływem zmniejszonego ciśnienia barometrycznego.



Doniosły wpływ czynników klimatycznych górskich na oddechanie i obieg krwi okazuje się z pomyślnego przebiegu gruźlicy w tych okolicach. Wszakże, jeżeli pobyt w górach mn okazać się skutecznym, potrzeba, aby chory tam przemieszkował bez przerwy przynajmniej przez dwa lata. Czas ten mniej więcej wystarcza, by mięśnie serca i mięśnie oddechowe wzmocniły się, by szczyty płuc wraz z klatką piersiową, szczególnie jej górnej części, stale i w sposób należyty się rozciągnęły.

Z KLINIKI AKUSZERYJNEJ I GINEKOLOGICZNEJ PROF. PAJOT'A W PARYŻU.

## II. PRZYPADEK KRWISTEKU ZAMACICZNEGO, powikłanego obecnością skrzepu w jajowodzie lewym, rozpoznany za życia jako ciąża zewnątrzmaciczna.

Spostrzegali i podali

**D a w i d W a s s e r z u g .**

Dnia 18. IV. 1884 r. wstąpiła do kliniki 27-letnia kobieta, dobrze zbudowana, uskarżając się na ból w podbrzuszu.

W 14-ym r. życia zaczęła miesiączkować, czyszczenia miesięczne pojawiały się w odstępach czasu nieprawidłowych i były za każdym razem bolesne. Zresztą do 26 roku życia żadnych chorób nie przechodziła, chociaż zawsze była nerwową, drażliwą. W Marcu roku bieżącego wyszła za mąż. W Sierpniu tegoż roku cierpiała na zapalenie macicy i części dodatkowych, przy częstem i bolesnem oddawaniu moczu. Choroba ta, której naturę bliżej trudno określić, stopniowo zniknęła. Do Stycznia r. b. miewała miesiączkę (trwającą za każdym razem 3 dni) z takimi samymi, jak dawniej, objawami, ale czasem pokazywały się skrzepy krwi. W ostatnim tygodniu tegoż miesiąca w miejsce oczekiwanej miesiączki pojawił się nieznaczny śluzotok z części płciowych. Przez Luty i Marzec miesiączki nie miała.

Do 19. III. nie było żadnych objawów ogólnych ciąży. Począwszy od tego dnia, doznawała mdłości, wymiotów, bólu w krzyżu i w podbrzuszu, bolesnego parcia na mocz z przerwami 2—3 dniowemi, wolnemi od tych przypadłości. Od tegoż dnia datuje się uporczywe zaparcie stolca. W początkach Kwietnia pokazało się trochę krwi. Dnia 10. IV. napad wymienionych objawów był silniejszym, niż kiedykolwiek, i od tego czasu chora doznaje ich ciągle, szczególnie zaś bólu w podbrzuszu i w kierunku nerwu biodrowego lewego.

Badanie zewnętrzne. Piersi mało rozwinięte, gruczołki Montgomery'ego wyraźne, z gruczołów mlecznych po obu stronach wycisnąć można wielką kroplę siary; obwódki brodawek piersiowych i linija pośrodkowa brzucha nasiąknięte barwnikiem; pępek nieco wciągnięty, brzuch z lekka wzniesiony. Części płciowe zewnętrzne nie szczególnego nie przedstawiają. W okolicy biodrowej lewej poza powłokami brzuszными wyczuć można guz, kształtu jajowatego, z osią wielką ukośną, idącą zgóry i z prawej strony ku dołowi i na lewo; koniec górny jest na 4 palce poprzeczne wzniesiony ponad spojenie łonowe, dolny wznosi się nieco nad fałdą pachwinową.



wą lewą. Granica dolna ginie w jamie miednicy. Konsystencyja guza jest twardą, szczególnie w niektórych punktach. Podczas badania guz ten jakby się zmniejszał. Jest ruchomy do pewnego stopnia. Powłoki brzuszne zupełnie prawidłowe, z łatwością dają się przesunąć ponad częściami głębszemi w okolicy podbrzuszej. Ucisk wywołuje silny ból.

Badanie wewnętrzne. Z pochwy nieznaczny odpływ żółtawy. Szyjka maciczna krótka, powierzchownie rozpulchniona, uniesiona ku górze i na prawo ponad spojenie łonowe. Ujście zewnętrzne zupełnie zwarte. Ścianka tylna pochwy, na wysokości 3—4 ctm. ponad wypustem, staje się do tego stopnia wypukłą, że pochwę tylko z nadwyzwyczajną trudnością przejść można, przyczem chora doznaje silnego bólu. Przez ścianę pochwy, która zresztą nie jest obrzmiałą wyczuć można guz w jamie miednicy małej. Guz ten jest prawie niebolesny (przy ucisku), kształtu nieprawidłowego; nie będąc zupełnie ruchomym, daje się jednak nieco przesunąć i ścisnąć. Giętkość jest różną w rozmaitych punktach, tak, że miejscami guz sprawia wrażenie ciała twardego, a miejscami chlebocącego. Granice jego górne lepiej określić można przez badanie zewnątrz jam biodrowych i tutaj guz wznosi się z boków na 2 palce poprzeczne ponad linię bezimienną. Badanie przez wypustnicę nadwyzwyczaj bolesne daje też same niepewne wyniki, co przez pochwę, chociaż tu prawdopodobniejszem się wydaje, że zawartość guza jest płynną, szczególnie przy wydymaniach chorej podczas badania. Guz więc, lub worek znajduje się pomiędzy pochwą i wypustnicą i wznosi się ku górze, przekraczając po bokach jamę miednicy małej. Wprowadzenie wziernika jest niemożliwym; zaniechano też zgłębnienia macicy (*hystérométrie*). O ile można wziernik wprowadzić, widać, że ścianka pochwy jest sinawą. Z wyjątkiem bólu, szczególnie podczas badania, oraz drażliwości znacznie rozwiniętej, stan ogólny chorej jest zadawalniający, bezgorączkowy.

W nieobecności prof. Pajot'a, asystent p. Doleris rozpoznał ciążę zewnątrzmaciczną, jajowodową, lub otrzewnową, w 3—4 miesiącu; i właśnie ów guz, znajdujący się w jamie miednicy za pochwą, uznał za torbiel płodową (*kyste foetal*), leżącą obok powiększonej i uniesionej ku górze macicy, której dno, zwrócone na lewo i ku przodowi, można wyczuć przez powłoki brzuszne.

Dla złagodzenia bólu chorej wstrzyknięto morfinę i położono na brzuch katalplazm.

Prof. Pajot rozpoznanie p. Doleris'a potwierdził.

Dnia 19. IV. Stan takiż sam. Wstrzyknięto morfinę podskórnie.

Dnia 22. IV. wieczorem naraz wystąpiły objawy rozlanego zapalenia otrzewnej, a nazajutrz w południe chora umarła. Sądzone, że nastąpiło pęknięcie jajowodu.

Oględziny pośmiertne. Z jamy brzusznej wylewa się około litra płynu cuchnącego, ciemnego, prawie czarnego, z domieszką strzępów włóknikowych. Cechy ogólnego zapalenia otrzewnej ropiasto-włóknikowego. Świeżo sklezione narządy łatwo dają się rozdzielić. Macica, rozmiarów zwykłych, jak u kobiety, która nie rodziła, uniesiona na 2—3 palce poprzeczne ponad spojenie łonowe, zajmuje położenie ukośne—ku górze i ku stronie lewej. Ponad dnem jej i ze strony lewej znajduje się utwór jajowaty, długości 7—8 ctm., szerokości 4—5



ctm., stanowiący widocznie część rozszerzoną jajowodu lewego. Przypuszczając, że jest to płód, wycięto wszystkie narządy z jamy miednicy. Po rozcięciu jajowodu, zamiast płodu, znaleziono skrzep, w większej części odbarwiony, który łatwo dał się wyluszczyć z worka, z którym był ściślej połączony tylko od strony macicy. Skrzep dość twardy, miejscami kruchy; na przekroju poczęści przedstawia się odbarwionym, poczęści czerwonym. Miejsca nieodbarwione na obwodzie, jakoteż na powierzchni przekroju, wyglądają jakby jamki pośród masy włóknikowej, wypełnione krwią płynną i paseczkami włóknikowemi, przeciągniętymi od jednej ścianki do drugiej, jakoteż od środka ku obwodowi. Jest to widocznie skrzep niedawno powstały.

Badając jajowato rozszerzoną część jajowodu w kierunku obu biegunów tego ostatniego, widzimy, że od strony końca macicznego (gdzie skrzep ściślej przysaje do ścianki) rozszerzenie to kończy się ślepo, i że tutaj dalszy jego ciąg stanowi zupełnie zarośniętą część jajowodu. Ku stronie prawej przez zwężone miejsce przenikamy do torbieli, wielkości orzecha włoskiego, zawierającej niewielką ilość takiego płynu, jaki wyciekał z jamy brzusznej. Przez nowe zwężenie przechodzimy do 3-ej torbieli, wielkości orzecha tureckiego, łączącej się z workiem pozamacicznym. Ostatnią torbiel wyściela siatka włóknika zabarwionego (czerwonego), widocznie świeżego; ścianka jej jest od wewnątrz przekrwioną i przedstawia ślady świeżych wybroczyn. Takie same cechy świeżości przedstawia otwór, czyli miejsce pęknięcia torbieli i komunikacji z workiem zamacicznym. A zatem jajowód lewy, znacznie zmieniony w swym kształcie i koloru szyrowego, otacza półkołem dno macicy i otwiera się po stronie prawej do worka zamacicznego. Oprócz tego, pomiędzy jajowodem a macicą znajduje się jeszcze jedna torbiel, wielkości orzecha włoskiego, zawierająca nieco płynu galaretowatego, brunatno zabarwionego. Obecność tej torbieli, wypełniającej miejsce między tą częścią jajowodu, która zawiera skrzep, a dnem macicy, była głównie powodem przypuszczenia za życia, że mamy przed sobą jedynie dno przerosłej macicy. Jajowód prawy skręcoy wężykowato, miejscami strzępiasty, przy ujściach zarośnięty. Wszystkie te części są połączone zrostami staremi, i pokryte świeżą warstwą wysięku.

Worek, czyli krwistek zamaciczny, objętości 250—300 ctm. sześciennych, większą częścią leży ze strony prawej, dosięgając u góry prawie dna macicznego, tak, że oba jajniki, pokryte grubą warstwą wysięku, stanowią część jego ścianki przedniej. Pozostała w nim reszta zawartości, której większa część wylała się na zewnątrz przy wycinaniu narządów miednicy, ma ten sam charakter, co płyn, w jamie brzusznej znajdujący się. Powierzchnia wewnętrzna jest nierówną, strzępiastą, koloru szyrowego.

Jajniki, wielkości zwykłej, są blade, bardziej niż zwykle spłaszczone, widocznie uciśnięte. Ani śladu pęcherzyków Graaf'a, gołym okiem widzialnych, ani też ciała żółtego. Błona śluzowa macicy jest bladą, pokrytą niewielką ilością śluzu; mięsień macicy również bladej i wiotki.

Sądząc po bólach, których chora doświadczała z przestankami w przeciągu roku, po nieprawidłowościach w oddawaniu moczu i kału, po zaburzeniach w miesiączkowaniu, zdaje się, że punktem wyjścia całej sprawy chorobowej była *pelvo-*



*peritonitis i salpingitis*. W ten sposób wytlómaczyć można: liczne zrosty pomiędzy macicą i jej częściami dodatkowemi, jako też z jelitami, zarosnięcie ujść jajowodów, ich skręcenie i rozrzerzenie torbielowate, szczególnie lewego, rozmieszczenie macicy, utrudnienie krwiobiegu w samych narządach i więzach, znaczne rozszerzenie żył i łatwość powstania wybroczyn. Jeszcze w 1834 r. Ollivier (d'Angers) zwrócił uwagę na żylaki narządów płciowych wewnętrznych u kobiety, a Richet wskazał na nie, jako na przyczynę krwisteku zamacicznego. W danym przypadku w ten właśnie sposób objaśnić sobie można przyczynę krwisteku, tem bardziej, że był zewnątrzotrzewnowym. Powstał widocznie nie naraz; brak bowiem w anamnezie faktów, któreby wskazywały na nagłe utworzenie się takowego: tworzył się raczej powoli, powiększając się, być może, głównie podczas okresu miesiączkowania, od czasu, kiedy chora zauważyła brak czyszczeń miesięcznych. Wiadomo bowiem, że podczas miesiączkowania, nie tylko narządy płciowe są miejscem wzmożonego napływu krwi, ale w ogóle cały układ naczyniowy miednicy, a szczególnie żyły są krwią przepelnione. Tak więc w danym przypadku przy istniejących już trudnościach w krwiobiegu okres miesiączkowania łatwo mógł krwotok wewnętrzny sprowadzić, to jest utworzyć krwistek zamaciczny i jajowodowy.

Prawdopodobnie, krótko przed śmiercią przyszedł do skutku nowy krwistek jajowodowy z przedziurawieniem wspólnej ścianki jajowodu i krwisteku; naprężenie worka pozamacicznego doszło do najwyższego stopnia, spowodowało jego pęknięcie, wylanie zawartości, chemicznie zmienionej, do jamy otrzewnej, a z tego powodu i zapalenie otrzewnej.

Co się tyczy torbieli, znajdującej się pomiędzy jajowodem a dnem macicy, to w braku wszelkiego z jajowodem związku, przypuszczam, że utworzyły ją błony wrzekome.

Przypadek niniejszy ważnym jest i z tego względu, iż wskazuje, że podział krwisteku zamacicznego na wewnątrzotrzewnowy i zewnątrzotrzewnowy (tak zwany *pseudohématocèle*—Hugier) nie zawsze daje się zastosować, ponieważ w danym razie mieliśmy oba rodzaje jednocześnie: dno jamy Douglas'a było zupełnie zniszczone, a oba jajniki, pokryte grubą warstwą wysięku, stanowiły część ścianki przedniej krwisteku.

---

## ODPOWIEDŹ NA KRYTYKĘ MOJEGO DZIEŁA,

*zamieszczoną w N-rze 27 Gazety Lekarskiej* <sup>1)</sup>.

---

W 27 Nr. Gazety lekarskiej kol. Z. K r a m s z t y k umieścił artykuł, niby jako ocenę mojego dzieła p. t: Szokalski i t. d., który w rzeczy samej nie robi wrażenia poważnej krytyki, lecz tylko osobistych przeciwko mnie wycieczek. Przekonanie to dzieła i inni koledzy fachowi, z którymi o tem rozmawiałem. Niechęć ku mnie Szanownego krytyka datuje się od chwili obrony jego dysertacji doktorskiej, gdy publicznie występowałem jako oponent; oraz wskutek nieuznania mo-

---

<sup>1)</sup> Redakcja uważa, że „odpowiedź“ nie nadaje się do druku, jako w niedosyć przyzwoitym tonie trzymana; umieszcza ją tylko na żądanie D-ra K r a m s z t y k a. (Przyp. Red.)



jego teorii Kramsztyka o uleczalności jaskry przez tylne przyczepy tęczówki, której to teorii, dzięki Bogu i sam autor już nie wznawia. W tych kilku wierszach nie znajduję oceny mego dzieła, które kosztowało mnie nie mało pracy, ocenę, napisanej *sine ira et studio*, jakiej mianowicie miałem prawo oczekiwać w naszych czasopismach. Kolega Kramsztyk, chcący uchodzić za augura w kwestyjach oftalmicznych w Gazecie lekarskiej, ze zwykłą sobie pobieżnością chce mi dać odprawę, twierdząc, że jakobym najwięcej o sobie w książce napisał, robi mi zarzut pobieżnego traktowania przedmiotu, twierdzenia swoje ubierając dowcipem, że, napisawszy pracę, prawdopodobnie takowej powtórnie nie przeczytałem. Ten zarzut, że krytykę mej pracy kolega Kramsztyk pisał z dawno istniejącym ku mnie uprzedzeniem, jabym jemu zrobił, bo gdyby to, o czem chciał pisać, przedtem sam dokładnie przeczytał, tobý znalazł w samym tytule napis: „Zebranie materiałów do historii oftalmologii w Polsce“. Kto chce uchodzić za człowieka nauki, a tylko ci mają prawo do krytyki, powinien wiedzieć, że zebranie materiałów do historii nie jest jeszcze historiją, jestto luźne wynotowanie faktów, z historiją związek mających; ułożenie ich i ocena krytyczna jest rzeczą późniejszej pracy.

Napisanie tego dzieła kosztowało mnie niemało pracy, musiałem przejrzeć 720 druków oftalmicznej treści, zacytowałem je prawie wszystkie, czego jednakże mój krytyk, mający wstręt do cytat, nie uważał za stosowne do zasług zaliczyć. Zdaje się, że już same zebranie i przeczytanie prawie wszystkich rozrzuconych po czasopismach artykułów było bardzo zmudnem, bo chyba Szanowny kol. Kr. przyzna, że czytanie takich artykułów jak „z panoramy własnego oka“, „o przyszykowanie zapaleniu oczu“, „porażenie akkomodacji po dyfteryji“ i t. p. chyba tylko do wywołania snu w czasie bólu zębów przyjemnem i pożytecznem być może.

Co do notatek, osoby mojej dotyczących, zrobił mi kol. Kr. zarzut, że zupełnie były zbytecznymi. Gdyby był staranniej książkę czytał, a nie tylko jej pobieżnem przeglądaniem do napisania krytyki się zadowolnić, to byłby zapewne znalazł, że o sobie pisałem tyle, co i o innych, że tego wypadło więcej — rzecz bardzo prosta, bo przeżyłem cokolwiek dłużej od wielu fachowych kolegów. Zanotowanie faktu, iż starałem się o docenturę w warszawskim uniwersytecie, a nie że „miałem zamiar“ starania się o takąową, jak fałszywie wyczytał kol. Kr., zasługiwało, mojem zdaniem, do wzmianki w materiałach do historii oftalmologii, bo przyszedł autor historii medycyny w Polsce przekona się z tego, że wskutek niezależnych od nas okoliczności, posady, na których dla nauki można pracować, są dziś niedostępne.

Co do pominięcia faktu że D-r L., był przez 3 lata ordynatorem kliniki, to przyznać się muszę, iż poraz pierwszy dowiedziałem się o tem od kolegi Kr., bo zkażde mogłem wiedzieć o ordynatorze, kiedy kliniki nie było? Zresztą historyja naszej oftalmologii weale na tem nie ucierpi, bo ani wrzekoma klinika ani jej ordynator nie dali o sobie żadnego znaku życia.

Nim się doczekam odezwania innych fachowych kolegów o mojej pracy, pozwalam tu sobie przytoczyć wyjątek z listu D-ra kol. Gałęzowskiego, pisanego do mnie dnia 22. VI., a którego zdanie zapewne ma więcej powagi, niżli mego krytyka: „Dziękuję Ci za książkę o Sz. i o materiałach do historii okulistyki w Polsce. Całą już tę pracę przeczytałem z największą uwagą i przyznać muszę, iż nie podobnie starannego, ani podobnie uczonego w tej kwestyi, nietylko w polskim, ale nawet w żadnym innym języku, nie czytałem, to też pozwalam sobie przesłać Ci moje najszczerze podziękowanie i powińszowanie“.

D-r Józef Talko.

Posłał D-r Talko książkę swoją Prof. Gałęzowskiemu i w odpowiedzi otrzymał bardzo miły liścik. Moznaby ten list uważać za zwykły akt grzeczno-



ści, ale, że zgadzał się on zupełnie z poglądem samego autora, więc go bierze w literalnem znaczeniu i rzecz, nieprzeznaczoną do druku, drukiem ogłasza.

Krytyki mniej pochlebne dziwią D-ra T., odgrzebuje więc stare drobiazgi, aby sobie powód niemiłych mu zdań wytłomaczyć. D-r T. jest w błędzie i w błąd innych wprowadza. Nie jakieś nieistniejące wreszcie urazy podyktowały mi te zdania, ale sama rozbierana książka. Zapewnić nawet mogę, że starałem się wypowiedzieć jak najłagodniej, gdzie trudno było pochwalić. Gdybym wprost opisał wrażenie, jakie książka na mnie zrobiła, musiałyby się krytyka daleko mniej jeszcze autorowi podobać.

Myli się D-r. T., że nadawszy książce tytuł „Materyjały”, już się uwolnił od wszelkiej potrzeby uporządkowania tych materyjałów, a nawet od krytycznego ich ocenienia. Jeżeli nie wiedział o ordynatorze kliniki, to się też dziwnem wydaje, bo akty uniwersyteckie i ludzie, z kliniką związani, mogliby wszelkich potrzebnych udzielić wiadomości. A wszakże materyjałów do historii nie zbiera się z pamięci.

Zdawało się D-rowi T., że jest to najlepsza sposobność do krytyki moich artykułów, które znalazł bardzo nudnemi. Nie przypuszczam ani na chwilę, ażeby osobista niechęć podyktowała sąd taki. Wierzę temu sądowi, choć i na przyszłość za bawniej pisać nie będę. Możeby i D-r T. lepiej postąpił, gdyby nie tylko bezwzględny wierzył pochwałom, ale i mniej pochlebnych sądów nie odrzucał odrazu.

Zygmunt Kramsztyk.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 58. Leyden. O stwardnieniu (*sclerosis*) tętnic wieńcowych i o wywołanych przez to stanach chorobowych.

Łatwość rozpoznania chorób zastawek zawdzięcza medycyna fizykalnej metodzie badania: opukiwaniu i wysłuchiwanu. To, co przedtem doświadczony lekarz za ledwo w ostatnich okresach choroby był w stanie określić, dziś każdy obeznany z metodą badania wcześniej rozpoznać może. Tryumfy tej metody doprowadziły jednak do tego, że każde serce, w którym opukiwanie i wysłuchiwanie nic nieprawidłowego nie wykazują, uważamy za zdrowe; gdy tymczasem oględziny pośmiertne dowodzą, że oprócz wad zastawek istnieje jeszcze pewna grupa spraw chorobowych, niedostępnych rozpoznaniu za życia za pomocą fizykalnego badania. Tu przedewszystkiem należą cierpienia tętnic wieńcowych i zmian mięśnia sercowego, tak anatomiczne jak i fizjologiczne, będące następstwem takowego, które lubo w nowszych czasach troskliwie badane, pod względem klinicznym niezbyt dokładnie są znane. Sprawy chorobowe, którym tętnice wieńcowe ulegają, rozmaite być mogą, najczęstszem z nich jest stwardnienie, tak pnia głównego, jak i mniejszych gałęzek i tą się głównie zajmuje autor. Oprócz tego błona wewnętrzna może ulegać zapalnemu zgrubieniu i zatknaniu, nakoniec przy owrzadzającym zapaleniu wsierdzia w tętnicach może mieć miejsce zator, tak gałęzek jak i pnia. Zator należy do zjawisk bardzo rzadkich i opisany był przez Birch-Hirschfeld'a, Hammer'a i Thorwaldsen'a.

Stwardnienie tętnic wieńcowych znano jeszcze na początku 18 wieku, a pierwszy opis znajdujemy u Morgagni'ego, następnie u Bellini'ego, Bonet'a, Thebesius'a i Crell'a. Heberden opisuje je jako dusznicę bolesną (*angina pectoris*), Brera—jako *stenocardia*, zaś Hunter i Jenner u osób, przedstawiających objawy wzmiankowanych chorób, znajdują skostnienie tętnic wieńcowych.



Dalsze prace nad tym przedmiotem zawdzięczamy głównie Tiedemann'owi (1843), którego „badania nad zwężeniem i zamknięciem tętnic” dziś jeszcze służą za podstawę wszelkich opisów w mowie będącego cierpienia, podawanych w podręcznikach. Z postępowaniem anatomii patologicznej strona kliniczna tego cierpienia, mało dostępnego fizykalnemu badaniu, znacznie zmalała, wskutek czego w patologii zapanało pewne zamieszanie, aż nareszcie Romberg określił dusznicę bolesną jako nadczułość splotu sercowego, t. j. jako nerwicę serca, która niekiedy może być zależną od zmian organicznych serca i większych naczyń. Dla tego też wielu autorów zalicza dusznicę bolesną do chorób nerwowych, Wunderlich nazywa ją kurczem serca, Bamberger nadczułością, Eulenburg i Guttman cierpieniem nerwu sympatycznego, a Landois cierpieniem nerwu sympatycznego i błędnego.

Rozumie się, że stwardnienie tętnic wieńcowych jest poważnym cierpieniem, gdyż zwężenie ich światła i stwardnienie ścianek wpływa upośledzająco na odżywianie mięśnia sercowego i na czynności fizjologiczne, czego następstwem być musi zawieszenie czynności serca, a tem samym wygaśnięcie życia.

Ze spostrzeżeń jednak klinicznych bardzo trudno wnioskować, jakie objawy wywołuje to cierpienie, tem więcej, że są zmienne i niekiedy brak ich zupełnie za życia, gdy mimoto przy oględzinach posmiertnych znajdujemy zmiany w naczyniach. Z tego to powodu starano się drogą doświadczalną rozstrzygnąć pytanie, w jakim stosunku są zmiany anatomiczne do objawów klinicznych, a Erichsen pierwszy zauważył, że przy podwiązaniu u psów i królików tętnic wieńcowych ruchy serca stopniowo słabną i śmierć następuje wskutek zaduszenia. Panum w 20 lat potem (1862) licznymi doświadczeniami stwierdził, że przerwanie dopływu krwi tętniczej do serca nie wywołuje ustania ruchów tegoż, lecz że z początku ruchy przyspieszają się, a potem zwalniają, przy czem komórki kurczą się wolniej, niż przedsionki. Berold przeciwnie znalazł, że miarowość skurczów serca wcale się nie zmienia. Z nowych prac zasługują na uwagę badania Samuelsohn'a i Cohnheim'a, których wyniki są sprzeczne: gdy bowiem pierwszy znalazł znaczne zmniejszenie czynności serca, drugi — niemiarowość, zwolnienie i nagłe ustanie ruchów. Tak różne wyniki badań odpowiadają w istocie rozmaitym klinicznym objawom u człowieka.

Co się dotyczy zmian anatomicznych serca, to i pod tym względem znajdujemy wielką rozmaitość. Morgagni znajdował serce obrosłe tłuszczem, Tiedemann zanik ścianek serca i obrośnięcie tłuszczem. Cruveilhier znajdował pęknięcia i rozszerzenia, które przypisuje częściowej zgorzeli. Pierwsze badania drobnowidzowe, dokonane przez Quain'a, wykazały zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego i tętnic, które Ziegler nazywa rozmiękczeniem (*myomalacia cordis*). Od tego czasu stłuszczenie serca u lekarzy, praktyków, uważanem jest za następstwo cierpienia naczyń wieńcowych, jakkolwiek słuszniej w tym razie należałoby mówić o rozmiękczeniu serca, niż o stłuszczeniu. Ziegler sprawy ostre nazywa rozmiękczeniem i tylko włókniste zapalenie mięśnia sercowego (*myocarditis fibrosa*) stawia w zależności od stwardnienia naczyń wieńcowych. Leyden na podstawie własnych prac odróżnia następujące postacie cierpienia naczyń serca.

1. Stwardnienie tętnic bez zmian ze strony serca, którego odżywianie nie zostało naruszone, a czynność nie została upośledzona. Chorzy tacy umierają wskutek innej choroby. Przy wyższym stopniu zmian w naczyniach, niekiedy występuje przerost serca; śmierć może tu nastąpić nagłe wskutek porażenia serca.

2. Ostre rozmiękczenie zakrzepowe przy zakrzepie lewej tętnicy wieńcowej, oznaczone przez Zieglera nazwą „*myomalacia cordis*”, występuje bądź w małych ogniskach, bądź w większych, obejmujących wierzchołek serca. Większe ogniska przedstawiają się jako zawał krwawy i wywołują apopleksyję serca. Niekiedy następstwem ich bywa rozmiękczenie i pęknięcie serca.

3. Postać przewlekła, zwyrodnienie włókniste, jest zejściem ostrego zapalenia mięśnia sercowego z wytworzeniem blizn łączno-tkankowych wraz z zanikiem



istoty mięśniowej. Tworzą się wtedy ograniczone stwardnienia, które niekiedy nie wpływają na czynność serca, w innych razach, zmniejszając jego elastyczność, wywołują rozszerzenia i przerosty. Są one albo rozsiane w różnych miejscach, albo też wyłącznie mieszczą się przy wierzchołku serca, a wskutek ścięnięcia tegoż tworzy się tętniak. Wszystkie stany tej grupy określić można nazwą zaniku serca.

4. Najczęściej spotykamy w praktyce postacie przejściowe, mieszane, przedstawiające jednocześnie włókniste ze świeżymi rozmiękczoneogniskami. Stany takie prędko prowadzą do śmierci.

Przechodząc do objawów klinicznych cierpienia tętnic wieńcowych serca, autor opiera się na własnych spostrzeżeniach sprawdzonych przez badanie pośmiertne, i rozdziela takowe na trzy grupy stosownie do przebiegu.

1. Przypadki z przebiegiem ostrym, nagła śmierć. Znajdujemy o takowych wzmianki Margagniego, Forbes'a, Tiedemanna i innych, a doświadczenia Cohnheim'a stwierdziły ich możliwość. Śmierć przy objawach dusznicy bolesnej może nastąpić nagle podczas zupełnego zdrowia, jako zemdlenie przy wstawaniu z łóżka, lub przy oddawaniu stolca, lub też po wzruszeniach moralnych w następstwie dłuższego lub krótszego napadu, wyrażającego się niepokojem i bólem w okolicy serca, brakiem oddechu, małym tętnem, poczem następuje upadek sił i obrzęk płuc. Przytomność umysłu do końca bywa zachowana, niekiedy występuje bredzenie spokojne. Przebieg trwa od paru godzin do kilku dni. Zwykle w takich przypadkach bywają zwiastunne dolegliwości, które występują i znikają, nie zwracając na siebie uwagi.

Nagła śmierć może nastąpić i w tych przypadkach, w których przewlekłe cierpienie serca rozwinęło się wskutek stwardnienia tętnic wieńcowych, a objawy zwykle podobne są do objawów dusznicy brzusznej. Tu należą także przypadki pęknięcia serca, którym towarzyszą krwawe nacieczenia mięśnia i wylewy krwawe pod osierdziem, niekiedy bywają tylko małe krwotoki, w innych razach znajdujemy zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, rozmiękczenie, obok zmian wiadomych w tętnicach wieńcowych, zwykle dosyć daleko posuniętych, niekiedy ograniczonych tylko do bocznych gałęzi.

Serce zwykle przedstawia zwyrodnienie włókniste i zanik. Jako przykład cierpienia tej grupy opisuje autor trzy własne spostrzeżenia: w jednym z nich znaleziono przy badaniu pośmiertnym zwapnienie i zwężenie tętnic wieńcowych, a w mięśniu sercowym rozsiane ogniska szaro-żółte (*myomalacia*); w drugim zwyrodnienie włókniste, zanik i rozszerzenie serca, zawał płucny i liczne polipy w sercu; w trzecim znaczne zwężenie tętnic wieńcowych i włókniste zapalenie mięśnia sercowego. Objawy kliniczne tych cierpień były poprzedzone zwiastunami podobnymi do objawów dusznicy bolesnej: bóle serca promieniujące, bóle głowy, niepokój, poczem wskutek wysiłków, przeziębienia, lub wzruszenia występował gwałtowny napad podobny do dusznicy bolesnej, do zemdlenia, albo też do ostrego obrzęku płuc. Często bywały bóle w okolicy serca, duszność, tętno przyspieszone nieregularne; upadek sił następuje szybko wskutek porażenia serca. Objawy ze strony serca są tem mniej wyraźnymi, im prędzej napad przebiega; sinicy nie ma wcale, lub bywa tylko przed samą śmiercią, puchliny i białkomoczu nie ma, a przytomność umysłu rzadko kiedy bywa zakłóconą. Ten ostatni objaw jest ważny i służy do odróżnienia od apopleksji mózgowej. Rozpoznanie anatomiczne zależy częściowo od wieku chorego; rozpoznanie zaś rozmiękczenia, lub pęknięcia serca, jest prawie niemożliwym za życia. Ze względów praktycznych ważnym jest tylko rokowanie, które jest zawsze niepomyślnem.

II. Przypadki z przebiegiem ostrawym stanowią liczne przejściowe postacie pomiędzy ostremi i przewlekłymi; jakkolwiek przeto podział ten na grupy jest sztuczny, przedstawia on jednak pewne wyгоды przy łóżku chorego i pozwala oryentować się co do przebiegu i objawów. Przypadki tej grupy mają przebieg ciężki kilkotygodniowy, który zwykle miewa objawy zwiastunne,



niekiedy bardzo ciężkie, jakoto: kaszel, krótki oddech, lub wyraźny napad duszniczej bolesnej, a nawet i puchlinę. Zwiastuny te przechodzą lub słabną, poczem wystąpić może napad bez widocznej przyczyny, który albo znowu ustępuje, albo staje się coraz silniejszym, prowadząc do śmierci przy objawach puchliny, zawału płucnego it. p.. Badanie pośmiertne wykazuje stwardnienie tętnic wieńcowych w różnym stopniu, zator gałązek bocznych, przerost serca, rozszerzenie lewej komórki, niekiedy i prawej, rozmięczenie mięśnia sercowego, nacieczenie krwawe, zwyrodnienie tłuszczowe naprzemian z włóknistym i z nagromadzeniem barwnika. W sercu skrzepy polipowate. Tego rodzaju spostrzeżenia podaje autor trzy: dotyczą one zwykle mężczyzn 50—60 letnich, którzy cierpieli z początku na przemijające napady duszniczej bolesnej, na bóle rozpościerające się w okolicy serca, piersi i ramienia, niekiedy na bóle brzucha i ból głowy, trwające 1—60 minut. Tętno w czasie napadów bywa przyspieszone, niekiedy nieregularne, twarz zapadła, wyraz twarzy przerażony. Następuje wkrótce duszność, przekrwienie opadów płuc, obrzęk płuc, prowadzący w dni kilka do śmierci. Przy bezwzględnym spoczynku i odpowiednim leczeniu (*digitalis, excitantia*), nastąpić może polepszenie, zwykle jednak wkrótce napad się powtarza i śmierć staje się nieuniknioną.

Dowiadujemy się zwykle, że chory takie napady miewał oddawna, lubo słabsze, i że na nie uwagi nie zwracano, dopóki nie wystąpiły z większą siłą. Rokowanie w tych przypadkach jest niepomyślne, a rozpoznanie trudnem jest z powodu braku przedmiotowych objawów ze strony serca. Bóle zdają się być natury neuralgicznej, a niekiedy może ich brakować. Do należytego oceniaenia choroby z całości niezbyt wyraźnych objawów potrzeba pewnego doświadczenia ze strony lekarza, gdyż pojedynczy objaw nic nie znaczy. Ważniejszym, niż bóle, jest zmieniony wygląd chorego, niepokój, obawa napadu i własności tętna, które do rozpoznania jest wyrokującym. Przebieg bywa niestaly i zejścia nigdy przewidzieć nie można. Zwolnienie objawów trwa krótko, poczem nowy objaw szybko prowadzi do śmierci, lubo nigdy trwalsze polepszenie zupełnie wyłączyć się nie da.

III. Przypadki przewlekłe opisywane bywają jako przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie włókniste, rozszerzenia lub tętniaki, a rozpoznanie bywa różne, zależnie od punktu widzenia klinicznego lub anatomo-patologicznego. Większość tych przypadków zależną jest także od stwardnienia tętnic wieńcowych i przedstawia zejście takie samo, jak w przypadkach ostrych lub ostrawych. Ponieważ autorowie tej postaci cierpienia nie odróżniali od stłuszczenia, tętniaków i t. d., przeto obrazy kliniczne w wielu szczegółach są niedokładne. Autor, przytoczywszy, podług Friedrich'a, szczegóły symptomatologiczne, odnoszące się do przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego, dodaje parę uwag własnych, na podstawie 6-u spostrzeżeń zebranych. Objawy tu występujące zależne są od niedostatecznej kurczliwości serca, a więc przedewszystkiem polegają na zaburzeniach w krążeniu, zastoju w płucach, duszności zwłaszcza przy ruchach, nieżyte oskrzeli przewlekłym; niekiedy występuje krwioplucie i napady duszności, sinica, krwotoki kiszkowe i zaburzenia mózgowe z powodu złego odżywiania mózgu. Tętno stałym zmianom nie ulega, niekiedy tylko zwalnia się do 30. Śmierć przy objawach obrzęku płuc bywa często. W ogólnych rysach przebieg tej postaci cierpienia przedstawia się w ten sposób: u osób wiekowych powoli rozwijają się objawy sercowe w postaci napadów z polepszeniami. Brak temu pozostaje z czasem nazawsze, stan pogarsza się za każdym napadem, pod koniec występuje puchlina. W przebiegu można odróżnić 3 okresy. Okres początkowy przedstawia następujące objawy: dusznicę bolesną, lub tylko brak tchu i kaszel, przyczem brak tchu pozostaje nadal. Drugi okres równowagi przedstawia stan względnie znośny dla chorego, niekiedy bywa połączony z pewnemi dolegliwościami, napadami, skłonnością do nieżyty. Objawów fizykalnych braknie tu jeszcze, lub są bardzo niewyraźne, tętno silne. Stan taki trwać może lata i tem dłużej, im leczenie będzie odpowiedniejszem.



Trzeci okres zaczyna się z chwilą naruszenia równowagi i z wystąpieniem niewydolności serca. Napady bywają gwałtowne, duszność silna, niekiedy obrzęk płuc i nagła śmierć, w innych razach przebieg jest łagodniejszy, tylko dolegliwości chorego stają się coraz cięższe, nie może on leżeć, lecz noce spędza w fotelu; nieżyty płuc, krwotoki, zastój, białkomocz: oto następstwa naruszenia równowagi w krążeniu i osłabienia serca.

Jak widzimy z powyższego, obraz kliniczny stwardnienia naczyń wieńcowych może być dosyć rozmaity, ogólny jednak charakter ma wspólny. Często stwardnienie rozwija się i w innych narządach, jako to: w nerkach, mózgu, w aorcie, która ulega rozszerzeniu i t. d. Zawsze jednak objawy ze strony serca stoją tu na pierwszym planie. Najważniejszym z nich jest ból serca (*angina pectoris, stenocardia*), występujący napadami, przyczem bywają charakterystyczne bóle lewego ramienia aż do małego palca. Oprócz tych napadów, występować mogą pewne odmiany słabsze, ból np. zjawia się w prawym ramieniu, głowie, szyi, plecach i t. p., a nawet w okolicy wątroby i żołądka (*cardialgia*), lub w kończynach dolnych. W przerwach wolnych od napadów chory czuje się dobrze. Niekiedy podobne objawy spotykamy przy innych cierpieniach serca, np. przy błonicowem i przymiotowem zapaleniu mięśnia sercowego (*myocarditis dyfteritica et syphilitica*). Zresztą stwardnieniu tętnic wieńcowych nie zawsze towarzyszą typowe objawy ze strony serca.

Drugim ważnym objawem są napady astmatyczne zwłaszcza w postaciach przewlekłych; występują one również peryjodycznie w postaci duszności, zaczynając się słabiej lub silniej, dochodzą do wysokiego stopnia. Ich natężenie, trwanie i częstość rozmaite bywają, a przyczyną jest rozszerzenie i osłabienie lewego serca. Z początku występują te napady co parę miesięcy, następnie coraz częściej. Niekiedy napady astmy łączą się z napadami duszniczy bolesnej, w innych razach zamiast typowych napadów istnieje tylko krótki oddech, jak to bywa u starych osób przy starczym zaniku serca. W przebiegu choroby od czasu do czasu występować mogą omdlenia, których przyczyną jest niedokrwistość mózgu. Towarzyszy im zwolnienie tętna do 30 uderzeń na minutę. Czynność serca rozmaitym podlega tu zmianom; częstość skurczów zwykle się nie zmienia, tylko w czasie napadów zwiększać się zwykła; w innych razach zwolnienie tętna jest bardzo znaczne, bo dochodzi do 30, a nawet do 38 uderzeń na minutę. Rytm ruchów serca zmienia się często lubo nie stale. Tętno może być w ciągu całego przebiegu regularne, to znów nieregularne (*delirium cordis*). W początku choroby zwykle bywa częste, przepuszczające i nieregularne. Inne tętnice znajdujemy zwykle stwardniałe i wężykowate, mało napięte. Tętnice promieniowe bywają bądź rozszerzone, bądź zwężone. Również mało charakterystyczne są objawy fizykalne ze strony serca. Ważnem jest tylko położenie wierzchołkowego uderzenia w VI lub nawet w VII międzyżebżu na linii pachowej przedniej, co nam pozwala wnosić o wielkości serca. Uderzenie wierzchołkowe zwykle jest słabe, często go nawet wyczuć nie można.

Przy jednoczesnym przeroście prawej komórki wyczuć można niekiedy jej uderzenie pod mostkiem. Opukiwanie wykazuje powiększenie serca. Objawy przy wysłuchiwanu nie dają pewnych wskazówek; tony niekiedy są zupełnie prawidłowe, przy zwątleniu serca — słabe. Czasami przy rozszerzeniu lewej komórki słyhać szmer cwałowy, lub inne szmery, a najczęściej skurczowy, zależny od stwardnienia zastawek aorty, lub od względnej niedostateczności zastawki dwudzielnej. Nie mają one jednak żadnego znaczenia przy rozpoznaniu. Inne objawy zależne są od osłabionego krążenia; mamy tu więc kaszel, duszność, sinićę i t. d., powiększenie wątroby, zmniejszenie ilości moczu, obrzęki. Ze strony układu nerwowego: omdlenia, apopleksja, rzadko zator mózgowy. Pod koniec bezsenność, przywidzenia.

Zejscie śmiertelne już to bywa niespodziane i nagle, już to powolne przy zwiększającej się puchlinie.



Wyzdrowienie w okresach początkowych jest możliwe i polega na wstrzymaniu się sprawy chorobowej, na rozszerzeniu zwężonych naczyń i na zniknięciu ognisk w mięszu serca. Zdarza się to jednak wyjątkowo rzadko. Przyczyną tej choroby jest wiek podeszły. Cierpienie to występuje zwykle około 50—60 roku życia, nie kiedy wcześniej, bo w 40—50 roku, częściej u mężczyzn, niż u kobiet, równie często u ubogich i u bogatych. Osoby, silnej budowy, dobrze odżywiane, przedstawiają większą skłonność, zwłaszcza jeżeli dobrze jedzą i nadużywają wysoko.

Dziedziczność ma tu wpływ niezaprzeczony, spostrzegamy bowiem w niektórych rodzinach wczesny rozwój silnego stwardnienia tętnic najrozmaitszych narządów, a zatem i tętnic wieńcowych. Wysiłki cielesne i umysłowe usposabiają do tej choroby. Ludzie, ciężkiej pracy oddani, tak mężczyźni jak i kobiety, są bardziej usposobieni, niż pracujący lekko, pełnokrwisci, zapewne z powodu silnego ciśnienia krwi, więcej skłonni, niż małokrwisci.

Rozpoznanie typowych przypadków nie przedstawia żadnych trudności.

Leczenie. Sama natura choroby nie pozwala spodziewać się wielkich wyników od leczenia; sprawy chorobowej bowiem powstrzymać nie jesteśmy w stanie. Zapobieganie chorobie polega na unikaniu przyczyn usposabiających: zalecamy więc umiarkowany sposób życia, unikanie wysiłków cielesnych i silnych wzruszeń, odpoczynek w porze letniej, smakoszom—wody Karlsbadzkie, Maryjenbadzkie, lub Kissingen. Skoro napady zaczynają występować, zapobiegać należy ich powrotom. Leczenie samych napadów polega na zupełnym spoczynku w położeniu półleżącym i użyciu środków podniecających, tak wewnątrz, jak i podskórnie. Naparstnicy i bromku potasu unikać należy w początkach, toż samo tyczy się i narkotyków. Zewnętrznie dobrze działają gorczyczniki, wezykatoryje, suche bańki, kąpiel gorąca na ręce i nogi. W okresie powracania napadów dobrze działają wstrzykiwania morfiny, niekiedy razem z chloralem, jak również wdechania eteru lub chloroformu, należy ich jednak ostrożnie używać. Wdechania azotonu amylu (*amylnitrit*) dosyć są rozpowszechnione i zalecane, a w ostatnich czasach próbowano nitrogliceryny i azotonu sodu. Brom i belladona mały tu przynoszą pożytek. Naparstnica również z wielką ostrożnością winna być używana, a stosowną chwilę do jej użycia i odstawienia biegły lekarz łatwo pochwyli. Środki moczopędne obok naparstnicy z korzyścią mogą być użyte, a między innymi—zalecana przez Francuzów kofeina. Przy grożącym upadku sił i porażeniu serca nie należy się ościagać z podaniem środków tonicznych i pobudzających (*tonica, analeptica, nervina*).

Środków swoistych dotychczas nie mamy, a jodek potasu nie odpowiada pokładanym w nim nadziejom. Arsenik działa dobrze na stan ogólny, dopóki nie popsuje trawienia. Elektryzowanie nerwu współczulnego, zalecane dawniej gorąco, również wcale nie pomaga. Niezaprzeczone usługi oddają w czasie napadów kąpiele gorące na ręce i nogi i nacieranie kończyn. W ostatnich czasach Scholz i Schott zalecają kąpiele z kwasem węglanym (Nauheim, Cudowa i t. d.), należy jednak stosować je bardzo ostrożnie.

Używanie pęcherzy z lodem na okolicę serca jest przeciwwskazaniem, natomiast okłady gorące, lub naczynia z gorącą wodą, działają bardzo dobrze w czasie napadów. Środki odciągające (*rubefacientia*), jak: gorczyczniki, latające wezykatoryje działają dobrze, silniejsze wezykatoryje, jodyna, maści drażniące winny być zaniechane, nie przynoszą bowiem dłużej trwającego polepszenia.

(*Zeitsch. f. kl. Medicin. T. 7. Zeszyt 5 i 6*).

A. Malinowski.

**59. Pitres. Napady znużenia mięśniowego w początkach wiądu rdzenia.**  
(*Des crises de courbature musculaire au début de l'ataxie locomotrice progressive*).

Autor opisuje 3 przypadki nagłego wystąpienia silnego zmęczenia mięśni, nie usprawiedliwionego żadną widoczną przyczyną (nadmierna praca fizyczna



i t. p.). Zmęczenie trwa kilka godzin lub kilka nawet dni i przemija również nagle bez zostawienia żadnych śladów cierpienia. Napady takie przychodziły w różnych odstępach czasu, codziennie, co tydzień, lub jeszcze rzadziej. Nie są one podobne do bólów strzelających, charakterystycznych dla wiału rdzenia, lecz polegają na uczuciu zmęczenia w mięśniach, podobnego do zmęczenia, jakiego każdy z nas doświadcza po długiej pracy fizycznej (długim chodzeniu, konnej jeździe, gimnastyce, pływaniu i t. p.). Natężenie owego znużenia bywa różne, czasami jest tak silne, iż zmusza chorych do położenia się, dopóki bóle nie przemiją. W 3 przypadkach Pitres'a, pojawiało się ono na długo (1 rok, 18 miesięcy, 10 lat), przed wystąpieniem innych objawów wiału. Brak bezładu, nie pozwala wziąć tych napadów zmęczenia mięśni, za zmęczenie, na jakie często skarżą się ci, którzy mają bezład (*ataxia*) i którzy przez to zmuszeni są zużyć nadmiernie dużo siły mięśniowej, aby móc chodzić, lub utrzymać się w równowadze. Bezład w mowie będący, tłumaczy Pitres w ten sposób, iż w pewnych przypadkach nerwy czuciowe mięśni, których obecności dowiodła dostatecznie histologija i fizyologija, najpierwsze ulegają cierpieniu, pierwiej, niż nerwy czuciowe skóry (podrażnienie których powoduje bóle strzelające w kończynach), lub nerwy czuciowe trzewiów (od cierpienia których zależą bóle żołądkowe, kiszkowe, nerkowe, pęcherzowe i t. d.).

(*Progrès médical*. 1884. Nr. 28.)

W. Gajkiewicz.

## ZJAZD IV LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W POZNANIU.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 30).

IV Posiedzenie. Przewodniczący, prof. d-r Blumenstok, wygłasza: „Przeżynek do nauki o somnambulizmie wyskokowym.“ Wychodząc z obserwacji lekarza amerykańskiego Crothers'a i pięknej rozprawy prof. Mierzejewskiego, zastanawia się prelegent nad stanem zamroczenia wogóle, a w szczególności nad stanem senności, stanowiącym czasami okres zwiastunowy typowego napadu obłądu opileczego, ale także utrzymującym się po wystąpieniu napadu właściwego. Podczas gdy Crothers i Mierzejewski główny kładą nacisk na somnambulizm, jako okres zwiastunowy, prelegent spostrzegł przypadek, w którym najpierw wystąpił obłąd opileczy, sprawdzony przez lekarza, a dopiero po ustąpieniu obłądu pojawił się okres zamroczenia, w którym chory posunął się do samooskarżenia o kradzież i z tego powodu stał się przedmiotem dochodzenia sądowo-lekarskiego. W tym przypadku nie było jednak amnezji całkowitej, bo chory sumarycznie przypominał sobie zdarzenie główne, które miało wszystkie cechy braku samowiedzy, objawiającego się w stanie zamroczenia, wspólnego senności właściwej, epilepsji i alkoholizmowi.

Następnie prof. Blumenstok mówi: „O przerwach wolnych w obłąkaniu ze stanowiska sądowo-lekarskiego.“ Podawszy szkic historyczny tej kwestyi, prelegent zastanawia się nad pytaniem, w których formach obłąkania spotykać się możemy z przerwami, które obecnie raczej za remisje lub intermisje poczytujemy. Najeczęściej zdarzają się w obłąkaniu przemienne (*manie à double forme, manie circulaire*) i w obłąkaniu okresowym (*manie périodique*). Ponieważ jednak formy te polegają na zwyrodnieniu, więc i w przerwach mamy przed sobą tępotę umysłową, którą trafnie scharakteryzował prof. Meyer w Getyndze, porównyując chorego z przyjacielem, którego się dawno nie widziało, i z którym znaczne zmiany zająć musiały. Zamiast przypuszczać wątpliwe istnienie przerw wolnych, istnienie którego nie przyznają tacy wytrawni lekarze sądowi, jak Casper i Liman, lepiej będzie przyjąć: z wolnienia (remisje), przepuszczenia (intermisje) i powroty obłąkania.

W dyskusji d-r Laskiewicz zwraca uwagę na trudność wykrycia symulacji obłąkania i na ostrożność, jaką z tego powodu należy zachować przy wyprowadzaniu wniosków.

Radea Motty zwraca uwagę na kwestję poczytalności, która w sprawach cywilnych jest też bardzo ważną; szkoda, wyrządzona przez obłąkanych w t. zw. okresach jasnych, bywa niekiedy bardzo znaczną.



D-r Laskiewicz, lekarz przy galicyjskim krajowym szpitalu dla umysłowo chorych, w Kulparkowie, czyta: „O własnych próbach leczniczych nad działaniem nowego środka nasennego paraldehydu i o względnej skuteczności celniejszych środków nasennych wogóle.“ Prelegent wylicza cały szereg środków nasennych i uspokajających nerwy, mówi o sposobie ich użycia, o wskazaniach i przeciwwskazaniach dla każdego z tych leków, podaje chemiczne, fizyczne, farmakologiczne i toksykologiczne własności paraldehydu, mówi o doświadczeniach innych badaczy z diaetylem, dimetylaacetalem i paraldehydem, wspomina o morfinizmie i przychodzi do wniosku, że paraldehyd jest środkiem drogim, niepewnym, nie u wszystkich dobry skutek wywołującym, czasami nawet sprowadzającym niektóre przykre objawy, dlatego też tylko wyjątkowo może zastąpić najcelniejszy lek nasenny — chloral, a mianowicie: przy przeciwwskazaniu lub przesyceciu tym ostatnim lekiem.

W dyskusji d-r Żuliński zwraca uwagę na częste nadużycie leków nasennych i na nieuwzględnienie warunków higienicznych, np. późnego jedzenia w nocy, używania mocnej herbaty, kawy, na nieusowanie często innych objawów chorobowych, np. zaburzeń w przewodzie pokarmowym; mówi o zaniechaniu używania świeżego powietrza, przechadzki, zajęcia mechanicznego, gimnastyki. Bromek potasu, jako lek nasenny, jest doskonałym w przeciążeniu umysłem. D-r Ż. zna przypadki, w których w małej ilości wstrzyknięta morfina doprowadziła chorego do morfinizmu.

D-r Chałupczyński zwraca uwagę także na potrzebę usuwania przedewszystkiem zboczeń w narządzie trawienia i sądzi, iż wynik doświadczeń zależnym jest od niepodanej w odczynie wagi zwierząt.

Prezes zwraca uwagę: że u szaleńców nie ma czasu używać gimnastyki, często niemożliwej; że zdania co do szkodliwości niektórych leków nasennych, np. chloralu, są przesadzone; że sen jest rzeczą najbardziej w szaleństwie i obłądnie opileczym pożądaną; że psychiatrzy nie potrzebują obecnie używać niebezpiecznych środków mechanicznych. Co do paraldehydu mniema, że i on, jak wiele innych, codziem niemal przesadnie zachwalanych leków, nie długą sławą cieszyć się będzie.

Prelegent jeszcze raz powtarza, że zdania co do wpływu, np. bromku potasu na ogłupienie (długa choroba umysłowa, a nie lek ten, ogłupienie sprowadza), chloralu na żołądek, co do przykrej woni wydechu chorych po użyciu bromku potasu i paraldehydu są przesadzone. Bromek jest dobrym środkiem nasennym przy podnieceniu płciowem. Zwraca uwagę na częstość zwicnięć stawów, złamań kości i obrażeń skóry przy używaniu rękawic i kaftanów; mówi, że chloral na żołądek nie działa tak szkodliwie, jak wielu sądzi, że w dyspepsyi niektórzy lekarze takowy z dobrym skutkiem używali, dodaje, że usuwać inne przeszkody, próbować słabszych higienicznych środków przed użyciem leków nasennych, jest rzeczą, która wszystkim lekarzom, jako dogmat terapeutyczny, znaną być powinna; podnosi w końcu, że niektóre leki nasenne nie tylko jako takie dobrze działają, lecz wpływają często korzystnie na cały przebieg chorób umysłowych i nerwowych.

P. Wieluński robi co do wniosku d-ra Wlazłowskiego uwagę, że takowy do sejmu wystosowany być winien.

Prezes i sekretarz w imieniu sekeyi podpisali następujący wniosek, doręczony sekretarzowi zjazdu, d-rowi Osowiekiemu.

Wniosek: Sekeya psychiatrii, higieny, medycyny sądowej i publicznej na posiedzeniu swem dnia 3 Czerwca 1884 roku jednogłośnie uchwaliła na wniosek d-ra Wlazłowskiego:

„Polecić biuru IV Zjazdu lekarzy i przyrodników Polskich w Poznaniu, aby wystosowało do Wysokiego Sejmu Pruskiego petycję tej treści, ażeby przy istniejących rządowych zakładach dla głuchoniemych, po cenach przystępniejszych, jakaką się, według praktycznej metody fonicznej nauczaniem być mogli.“

Poznań, dnia 4 Czerwca 1884 r.

Prof. D-r Blumenstok,  
prezes.

Dr Laskiewicz,  
sekretarz.

Przewodniczący, życząc takiegoż ożywionego udziału w odczytach na przyszłym zjeździe, dziękuje członkom i gościom za udział i wytrwałość w pracach i zamyka posiedzenie sekeyi.



## Wiadomości bieżące.

*Bern.* Prof. N e n e k i wybrany został dziekanem na rok 1884/5.

*Paryż.* Wniesiono do izby deputowanych projekt oddania P a s t e u r' o w i (dla doświadczzeń nad wściekliwością) folwarku rządowego Villeneuve l'Étang i 80000 franków.

— Wkrótce odbędzie się tu międzynarodowa wystawa dzieci p. n. „*Concours international de santé et de beauté*”. Trwać będzie 1 dzień. Przypuszczane będą do konkursu wszystkie dzieci, liczące wieku od 1 do 3 lat. Nagrody będą następujące: 1000 franków dla najpiękniejszego i najzdrowszego dziecka, 500 franków dla dziecka najsilniejszego względnie do wieku, 5 nagród po 100 franków dla najpiękniejszych i najsilniejszych dzieci i mnóstwo medali dla rodziców i mamek. Sędziami będą lekarze paryżey.

*Monachium.* Prof. S e i t z, dyrektor polikliniki, będzie obchodził 1 Sierpnia r. b. 50-letni jubileusz doktorski.

*Praga.* Zmarł tu prof. kliniki lekarskiej, P ř i b r a m.

*Heidelberg.* Jakaś dama ofiarowała uniwersytetowi 100000 marek z warunkiem, aby dozwolił studyjować i kobietom. Senat uniwersytecki propozycyję odrzucił.

### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

— *Przegląd lekarski* Nr. 30. M a c h e k. Spostrzeżenia kliniczne nad zaemą i jej operacją, poczynione od 1 Stycznia 1878 po koniec 1882 roku. — M i k u l i c z. Przyczynę do nauki o leczeniu ran.

— *Medycyna* Nr. 30. Z i e l e n i e w s k i. Treść zasad hydroterapii z dołączeniem opisu ojezystych zakładów wodoleczniczych.

— *Wszechświat* Nr. 30, Światło zodyakalne, podał B. Eichler. — Zarodek cholery przez E. K. — Listy z podróży przez Józefa Siemiradzkiego. — Ogólne pojęcie o pyłkach, znajdujących się w powietrzu i o ich znaczeniu, skreślił Józef Natanson. — Teoryja Adhémara epoki lodowej. Napisał Apol. Pietkiewicz. (dokończenie). — Kronika naukowa. — Kalendarzyk bijograficzny. — Ogłoszenia.

### NADESŁANO DO REDAKCYI:

K o s z u t s k i. I. O stosunku dyfteryi do krupu i o jej wyłącznie lokalnem leczeniu jednochlorkiem rtęci. II. Etyjologija i leczenie choleryny niemowląt i dzieci. Poznań. 1884.

T a l k o. Prof. D-r S z o k a l s k i i jego działalność, tudzież zebranie materyjałów do historyi oftalmologii w Polsce od najdawniejszych czasów aż do dni naszych. Warszawa. 1884.

T r o c h a n o w s k i. Chemiczny rozbiór wody ze zdroju Ludwika w Czigelce. Jarosław. 1884.

C h y z e r. D-r L u d w i g s - Q u e l l e von Czigelka. 1883.

D a n n i ł o. O przizenii tak nazywajemych pomieszanych przestupników.

Z i e m a c k i. Beiträge zur Kenntniss der Micrococcenolonien in den Blutgefäßen bei septischen Erkrankungen. Prag. 1883.

H e r t z k a. Die Zuckerharnruhr, mit einer ausführlichen Diätetik für Zuckerkrankte. Karlsbad u. Nizza. 1884.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog dzieł lekarskich” księgarni E. Wendego i Ski, za miesiąc Czerwiec 1884 roku.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 19 Юля 1884 г.

Друк. К. Ковалевського Крólewska Nr. 23.



# H. KUCHARZEWSKI

dawniej F. SOKOŁOWSKI.

## GŁÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

przy Aptece, ulica Senatorska Nr. II, wprost Miodowej.

Z pierwszych tegorocznych, w odpowiednim czasie przez miejscowe administracje tak rządowe jak i prywatne zarządzonych, czerpań u źródeł, nadeszły od takowych bezpośrednimi pociągami dróg żelaznych wody mineralne zarówno krajowe jak i ze wszelkich Europejskich źródeł—Równocześnie nadeszły i pomoce przy wodach i kąpielach artykuły lecznicze, jako to: szlamy, ługi, mydła, wyciągi, sole i pastylki.

Transporta te w ciągu sezonu uskuteczniane będą co kilka tygodni, ażeby zawsze świeżemi wodami ekspedycya dopełniona była.

Broszury oryginalne, ze źródeł nadsyłane, dołączane są do każdego obstalunku bezpłatnie, o czem mam honor zawiadomić W. W. P. P. Doktorów, jako też osoby używające kuracji wodami mineralnemi.

Wody, ze składu mego utrzymywane, są w wielu Aptekach Warszawskich, oraz w Aptekach prowincjonalnych, tak w Królestwie jako też i w Cesarstwie, również i w Zakładach leczniczych kąpielowych.

W Łomży w aptece A. Ziemskiego, dawniej L. Toek.

6—4

**H. KUCHARZEWSKI, Magister Farmacyi.**

## Dr. J. Kopernicki

ordynuje, jak dawniej, w Maryjenbadzie.

12—10

## Wody mineralne Krynicky

należące do szesaw żelazistych i ze swej skuteczności w różnych słabościach powszechnie znane utrzymuje w Ciechocinku Sębożycki, w Kijowie Marcinczyk. Seidl, w Warszawie Heinrich, Lilpop, Kucharzewski, Ziemiński, w Wilnie Gruszewski.

Broszur i wyjaśnień udziela na żądanie bezpłatnie c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy w Galicyi, ostatnia staeyja Muszyna, kolei Tarnowsko-Leluchowskiej.

24—18

## Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

# CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznemi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku.

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Prenumeratę wnosić można do wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 49.

0—17



W W A R S Z A W I E W Y R O B U W O D

N A J W I E K S Z Y P A R O W Y Z A K Ł A D

M I N E R A L N Y C H N A B U T E L K I I S Y F O N Y.

## A P T E K A

MAGISTRA FARMACJI

## W I N C E N T E G O K A R P I Ń S K I E G O

W W A R S Z A W I E.

ulica Elektoralna N. 35.



Poleca następujące wina lecznicze, wyrabiane na maladze wyborowej.

**Wino Rabarbarowe** czyste, pół butelki 2 rsr.

**Wino Rabarbarowe** z korą chinu królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.

**Wino Chinowe** czyste, pół butelki 1 rs. 50 kop.

**Wino Chinowe z żelazem**, pół butelki 1 rs. 20 kop.

**Wino z Chiną i z Kakao** (vin de Bugeand) pół butelki 1 rs. 20 kop.

N a d t o:

**Proszek Rabarbarowy chiński**, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop.—100 i po 120 kop.

**Wino Pepsynowe** na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części.—Pół butelki 2 rs.

**Tamar-Indien**, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnymi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie bez bólesci,—pudełko (12 sztuk cukierków) 1 rs.

**Tran** lekarski oczyszczony.

**Tran** lekarski zwyczajny.

**Tran z żelazem** z jodkiem żelaza, z bendżwinianem żelaza, butelka po 1 rs.

**Oleum ricini koussinatum comp.** Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, kouso i korzenia granatu, cena doży 3 rs.

Uważam za pożyteczne nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatkanu trzew brzusznych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską rachityczną cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

**W. Karpiński.**

6-6

3 N A K S M O R I M A O I T U

## Dr. Jan Danielski

b. lekarz praktykant Szpitali Krakowskich

ordynuje przez sezon kąpielowy jak w roku zeszłym

w **Żegiestowie** (w Galicyi).

od początku czerwca do końca września. Stacja kolei Tarnowsko Leluchowskiej przy samym zakładzie. **Zdrój** wody mineralnej najsilniejszej szczawy żelazistej, **kąpiele mineralne, borowinowe i kąpiele zimne faliste w rzece Popradzie, zastępujące kąpiele morskie.** Przeszło 300 wygodnie urządzonych mieszkań. Urząd pocztowy i telegraficzny, apteka, dwie restauracje, kryty chodnik i t. p. Powietrze górskie bogate w ozon. Miejscowość uroczą ku południowi otwarta, z resztą otoczona lasistemi górami.

6-6